

University of Groningen

Chronische ziekte, adaptatie en begeleiding

Sanderman, R.

Published in:

Toepassen van psychologie in de geneeskunde - Behavioral Medicine.

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2001

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Sanderman, R. (2001). Chronische ziekte, adaptatie en begeleiding. In I. A. Arnold, R. Beunderman, F. M. M. van Exter, H. K. Hornsveld, A. A. Kaptein, & E. M. A. Smets (editors), *Toepassen van psychologie in de geneeskunde - Behavioral Medicine*. (blz. 33-43). Boerhaave.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Inleiding

Mede door de toegenomen inzichten over hoe uiteenlopende ziektes behandeld kunnen worden, neemt het aantal mensen toe dat met de blijvende gevolgen van een ziekte moeten leren leven. Tegelijk zien we dat medische inzichten en technieken maar beperkt kunnen bijdragen aan het wegnemen van die gevolgen. Daarmee wordt het omgaan met de gevolgen, zoals: fysieke klachten, onzekerheid bij de patiënt over de toekomst, de psychische belasting, de reactie van de omgeving en de praktische implicaties, van wezensbelang. De wijze waarop mensen met de gevolgen omgaan en vooral de wijze waarop zij zich hieraan weten aan te passen - in deze bijdrage aangeduid met adaptatie - kan in belangrijke mate bijdragen aan de kwaliteit van leven. In de meeste gevallen weten mensen na het ontstaan van een chronische aandoening om een psychosociaal evenwicht te vinden. Niettemin, er kunnen zich op allerlei momenten in het ziekteproces situaties voordoen waardoor er sprake is van een meer of mindere mate van verstoring van het psychosociale evenwicht dat een patiënt had bereikt. Bij het - voor zover mogelijk - herstellen van die balans kan een bijdrage van een professional (b.v. huisarts, psycholoog, maatschappelijk werker) gewenst zijn.

Op basis van alledaags redeneren wordt verwacht dat onder meer de ernst van de aandoening, de zichtbaarheid ervan en de praktische gevolgen van doorslaggevende betekenis zijn voor de kwaliteit van leven van patiënten. Deze gedachte leeft ook onder artsen heel sterk. Dit komt scherp naar voren bij het opzetten van onderzoek waarbij psychosociale aspecten centraal staan. Artsen propageren vaak het samenstellen van homogene groepen van patiënten, waarbij vooral diagnose, prognose en type behandeling relevant worden gevonden. Uit onderzoek komt daarentegen naar voren dat aspecten als diagnose en prognose soms nauwelijks of geen invloed hebben op de gerapporteerde kwaliteit van leven hebben. Althans, soms wel in de directe behandelingsfase, maar zeker niet op langere termijn. Hoewel er soms natuurlijk evidente verschillen gekoppeld aan ziekte of behandeling onderscheiden kunnen worden; deze bewegen zich vaak op het terrein van de fysieke klachten. Ten aanzien van de psychische en sociale aspecten zijn er wel verschillen binnen groepen van patiënten te vinden; echter verschillen op deze aspecten, op basis van medische parameters, zijn er meestentijds niet, of maar in beperkte mate. We duiden hier op vergelijkingen binnen een groep van patiënten. Eén en ander gaat echter ook zeker op

voor vergelijkingen tussen groepen van patiënten met verschillende aandoeningen. Aangeduid met de begrippen ziekte-specifiek en ziekte-generiek komen we terug op deze materie, te weten: wat is een heel duidelijk gevolg van een bepaalde aandoening en/of behandeling (specifiek) en wat is een gevolg van ziekte die in een zelfde mate of op een zelfde wijze wordt aangetroffen bij uiteenlopende aandoeningen (generiek). Het idee hierbij is dat de variatie met betrekking tot psychosociale gevolgen tussen groepen even groot kan zijn als de variatie binnen groepen of omgekeerd. Daarmee komt het idee van een sterk ziektegebonden benadering ter discussie te staan.

In dit betoog wordt aangegeven dat bijvoorbeeld geslacht en leeftijd een veel grotere impact kunnen hebben op de aanpassing aan een ziekte dan de medische parameters. Het bepaalt de context waarbinnen mensen met hun ziekte dienen om te gaan. Een vrouw met twee jonge kinderen van 38 met borstkanker en met een redelijk goede prognose, heeft met totaal andere psychosociale gevolgen te maken dan een vrouw van 76 met borstkanker met een slechte prognose die een redelijk voltooit leven heeft. Deze vanzelfsprekende observatie klinkt soms echter maar moeizaam door in wetenschappelijke beschouwingen en vindt niet altijd duidelijk genoeg zijn weg in de behandeling van patiënten.

In deze bijdrage wordt een aantal aspecten aangestipt, die met betrekking tot het omgaan met een chronische aandoening van belang zijn, en daarmee relevant bij het begeleiden van patiënten. We beogen daarmee geen directe handvatten voor die begeleiding te geven maar veeleer reflectie op het uiteindelijke handelen te stimuleren. Immers, veel van ons praktisch handelen, ook in de dagelijkse zorg aan mensen met een somatische aandoening, wordt gekleurd door impliciete uitgangspunten, of zo men wil door cultureel bepaalde normen en waarden over gezondheid en ziekte en zorg.

Achtereenvolgens wordt ingegaan op:

1. observaties ten aanzien van het begrip chronische ziekte en de gevolgen van ziekte,
2. het belang van intrapsychische en sociale variabelen bij de adaptatie aan ziekte en
3. begeleidingsaspecten.

Chronische ziekte

Definitie en voorkomen

Een chronische aandoening wordt meestal gedefinieerd als een langdurige en onomkeerbare ziekte waarbij de kans op volledig herstel uitgesloten is. Dit is niet geheel meer in overeenstemming met de huidige situatie waarin sommige ziektes tot deze

categorie worden gerekend waarbij herstel in teite wel aan de orde is. Indien sprake is van genezing maar er sprake is van gevolgen die zichtbaar en/of voelbaar blijven, wordt soms ook gesproken van een chronische ziekte. Bij veel aandoeningen is er sprake van een geleidelijke toename van lichamelijke beperkingen. Patiënten moeten vaak leren omgaan met pijn, beperkingen bij het uitvoeren van alledaagse handelingen, en ervaren allerlei somatisch klachten. Duidelijk moge zijn dat chronische aandoeningen kunnen verschillen op aspecten als: prognose, verloop, voorspelbaarheid en controleerbaarheid. Door de invloed van een ziekte op bijvoorbeeld het gevoel van controleerbaarheid - wat ruimte laat voor eigen inschattingen en interpretaties - komt de psychologische dimensie duidelijk in beeld. Te meer daar een chronische ziekte opvat kan worden als een verzameling van opeenvolgende stress-situaties, ofwel als een ophoping van talrijke kleinere of grotere ongemakken.

Fiedeldij Dop en Verhaak [2000] geven aan de hand van CBS gegevens zicht op het voorkomen van chronische aandoeningen. Hoewel bij de interpretatie van CBS gegevens bedacht moet worden dat vaak weinig invaliderende aandoeningen worden meegenomen, bleek in 1995/96 dat bijna 40% van alle Nederlanders tenminste één chronische aandoening had. Epidemiologische gegevens met betrekking tot een aantal in het oog springende chronische aandoeningen zijn illustratief voor de omvang van het probleem, en zeggen iets over de te veronderstellen psychosociale last bij patiënten en de omgeving en de druk op de zorgsector. Ongeveer 1,4 miljoen mensen in Nederland hebben een aandoening aan de luchtwegen. Multiple Sclerose komt in Nederland bij 80 tot 100 personen op de 100.000 voor, wat zou inhouden dat er in ieder geval rond de 15000 patiënten met MS zijn. Reumatoïde Artritis komt voor onder 1% van de bevolking van 18 jaar en ouder (rond de 160.000 patiënten). Diabetes Mellitus (type I en II) kent ongeveer 300.000 prevalentie gevallen. Kenmerkend voor al deze aandoeningen is dat een behoorlijk percentage van de patiënten de ziekte al op jeugdige leeftijd krijgt of voor het 50-ste levensjaar. Met andere woorden, de levensloop en het levensverhaal van velen wordt mede bepaald en geschreven door een ziekte waar ze soms een groot deel van hun leven mee te gaan hebben. Dit geldt voor henzelf maar vaak ook zeker voor mensen in de directe omgeving (ouders, kinderen, partner).

Gevolgen en uitgangspunten

Als gevolg van een chronische aandoening kunnen zich psychische problemen in engere zin en allerlei bijkomende psychosociale problemen voordoen. Dergelijke problematiek kan veroorzaakt worden door de volgende mechanismen:

1. door kenmerken van de ziekte (zoals: biologische factoren die kunnen bijdragen aan het optreden van depressieve klachten, zichtbaarheid, fysieke beperkingen),
2. door de directe gevolgen van de behandeling (bijvoorbeeld bijwerkingen),

3. door indirecte gevolgen (zichtbaarheid, vermoeidheid op de langere termijn en/of optredende late gevolgen zoals cardiovasculaire problemen) en
4. door een verstoring van de psychosociale belasting-belastbaarheids-balans waardoor mensen kunnen decompenseren.

Wij zijn bezig om een handboek samen te stellen, waarin medische kennis van uiteenlopende somatische aandoeningen ten behoeve van psychologen en de psychologische begeleiding van somatisch zieken centraal staat [Jonker-Pool, Heuvel, Ranchor en Sanderman, 2001]. Dit bracht ons erop om een aantal uitgangspunten bij het beschouwen van de impact van ziekte en de psychosociale begeleiding van mensen met een (chronisch) somatische aandoening nader te expliciteren. We noemen hier een deel van die uitgangspunten.

Ten eerste, een chronische ziekte kan in principe iedereen treffen. In die zin is ziekte een moeilijk, maar 'normaal' verschijnsel, waar mensen nu eenmaal mee om dienen te gaan. Aanpassingsproblemen zijn in die zin dan ook passende reacties op een moeilijke maar in zichzelf normale menselijke situatie. Een dergelijke visie legitimeert enerzijds het stellen van een hulpvraag, anderzijds voorkomt het onnodig psychopathologisch denken.

Ten tweede is de vraag relevant in hoeverre adaptatieproblemen ten aanzien van de somatische aandoening zich mixt met reeds aanwezige psychosociale problemen, en die door een diagnose van een somatische aandoening wordt geluxeerd. Ook kan een balans verstoord raken met betrekking tot matige psychosociale problematiek, en door de optredende aandoening, zwaarder gaat wegen. Dit vormt een punt van aandacht voor de zwaarte en de focus van het behandel aanbod.

Aansluitend op het tweede punt moet bedacht worden dat de populatie van mensen met een chronisch somatische ziekte een dwarsdoorsnede vormt van de bevolking. Voor sommige aandoeningen geldt natuurlijk dat specifieke groepen of categorieën (naar bijvoorbeeld geslacht, sociaal-economische status of leeftijd) vaker geconfronteerd worden met een bepaalde aandoening. Niettemin is aannemelijk dat in beginsel voor het ontstaan van de aandoening, psychopathologie ook bij een deel van deze patiënten voorkomt. Bij diegenen waar dat het geval is, zal de chronische ziekte een zware aanslag doen op het waarschijnlijk kwetsbare adaptatievermogen.

Het is evident dat in de begeleiding van chronische patiënten gauw de fysieke dimensie en de behandeling daarvan voorop staat, terwijl juist onder deze patiënten de psychische, de relationele, sociaal-maatschappelijke en de existentiële dimensies

evenzeer van groot belang zijn. Te denken valt aan zaken als: depressieve en angst gevoelens, aantasting van het self-esteem, impact op de relatie met partner en kinderen of andere significante anderen, gevolgen op het terrein van werk, financiële consequenties en het opgeven van toekomstplannen en bepaalde vrijetijdsactiviteiten.

Conclusie

Chronische ziekten zijn langdurig van invloed op de levens van velen en kunnen de psychologische en sociale dimensie ernstig belasten. Psychosociale problematiek kan op verschillende manieren ontstaan. Een valkuil is dat problemen door patiënt en/of behandelbaar aan de ziekte toegeschreven kan worden terwijl daar geen evidentie voor bestaat. Natuurlijk is het soms moeilijk de oorzaak vast te stellen. We hebben beschreven dat eerdere psychopathologie of al bestaande psychosociale problemen kan interacteren met de gevolgen van de chronische aandoening, waardoor het moeilijk is goed zicht te krijgen waarop problemen terug gevoerd kunnen worden. Het gevaar ligt dan ook gemakkelijk op de loer dat mensen enerzijds met een ziekte worden geïdentificeerd en anderzijds ook zelf de neiging kunnen hebben zich daar mee gelijk te schakelen, terwijl ze nog zo veel meer zijn dan hun ziekte. Dit houdt in dat er problemen kunnen ontstaan die uit hele andere oorzaken voortkomen, maar dat tegelijk belangrijke compensatie mogelijkheden bestaan, door de wijze waarop invulling wordt gegeven aan allerlei aspecten in het leven die niet (te zeer) worden beïnvloed door de ziekte.

Over adaptatie en welbevinden

In deze paragraaf komt het begrip adaptatie aan de orde en de invloed op het welbevinden. Ter *illustratie* gaan we op twee kenmerken in die in het kader van het adaptatieproces van belang kunnen zijn, te weten: *gepercipieerde controle* en *man-vrouw verschillen*. Tot slot besteden we aandacht aan de begrippen *ziekte-specifiek* en *ziekte-generiek*, begrippen die in het kader van het adaptatieproces en de psychosociale begeleiding van patiënten van belang zijn.

Het begrip adaptatie

Het omgaan met een stress – in dit hoofdstuk een chronische ziekte – wordt vaak aangeduid met het begrip coping. We prefereren echter een breder begrip, te weten adaptatie, dat we als volgt definiëren:

Adaptatie is een continu en dynamisch en deels automatisch proces van emotionele responsen, cognitieve processen (zoals beoordelingen van situaties die zich voordoen) en gedragingen. Dit proces wordt gevoerd door allerlei intrapsychische kenmerken (zoals persoonlijkheidseigenschappen en waarden), interpersoonlijke

kenmerken (zoals sociale steun en sociale vaardigheden) en contextuele kenmerken (waaronder sociaal-demografische kenmerken). Het adaptatieproces heeft vervolgens een effect op het welbevinden, waarbij er zowel sprake kan zijn van negatieve als positieve effecten op het welbevinden.

Essentieel is dat allerlei kenmerken van de persoon in dit proces een rol kunnen spelen en mede de uitkomsten bepalen. We gaan hier in op twee aspecten die in het adaptatieproces van invloed zijn. We willen hiermee duidelijk maken en illustreren dat door een complex aan factoren uitkomsten bepaald worden en wellicht te snel een overschatting plaatsvindt van ziektegebonden factoren.

Controle

Controle wordt beschouwd als een van de belangrijkste variabelen voor het psychologisch welbevinden van een persoon. Er zijn talloze studies waaruit blijkt dat controle gerelateerd is aan een groot aantal positieve uitkomstmaten, zoals welbevinden, motivatie, doorzettingsvermogen en zelfwaardering. Percepties van controle bepalen bovendien hoe een persoon een situatie inschat. Een voor de hand liggende gedachte is dat de mate waarin iemand in objectieve zin, in staat is controle uit te oefenen, van belang is voor de mate van welbevinden en dat het weinig zin heeft om controle te ervaren, als die niet in overeenstemming is met de werkelijkheid. Of sterker nog, het ervaren van controle in een situatie die niet erg controleerbaar is - zoals in het geval van het ziekteproces van een chronische aandoening - zou zelfs contraproductief kunnen zijn. Uit eigen prospectief onderzoek, uitgevoerd onder kankerpatiënten, blijkt echter het tegendeel. Indien mensen in vergelijking met de tijd voor hun ziekte, na de diagnose, minder controle over hun leven ervaren, heeft dit een negatief effect op de uitkomst; mensen ervaren in dat geval meer distress. Daarenboven is het absolute niveau van het gevoel van controle voor de ziekte ook nog eens van belang. Een sterk gevoel van controle vormt een positieve schakel in het adaptatieproces en draagt bij aan meer welbevinden nadat de ziekte is ontstaan. Ook andere onderzoeken in onze onderzoeksgroep wijzen op het belang van deze factor in het adaptatieproces. Het illustreert heel mooi dat mensen, in weerwil van medisch objectieve gegevens, in staat zijn hun welbevinden positief te beïnvloeden door de rol van hele subjectieve elementen. Tevens laat het zien dat wellicht te veel gewicht wordt toegekend aan objectieve elementen, zoals medische parameters.

Man-vrouw verschillen

In de inleiding hebben we reeds gewezen op het belang van sociaal-demografische variabelen bij het beoordelen van de impact van een chronische ziekte. Aannemelijk is dat mensen met een verschillende aandoening, maar in een zelfde levensfase vaak

meer gelijke problemen hebben dan mensen van uiteenlopende leeftijden met een zelfde aandoening. Het is heel goed mogelijk dat kenmerken als leeftijd dan wel de levensfase waarin iemand zich bevindt en het geslacht bepalender zijn voor het psychisch en sociaal functioneren dan een medische parameter als ernst van de aandoening.

Dit houdt dan ook in dat bij de begeleiding van mensen waar het psychosociale thema's betreft men beducht moet zijn om te zeer te leunen op de kenmerken van de ziekte. De eigenheid van de ziekte kan daarbij overigens wel heel goed als een 'vehikel' dienen om bespreekbaar en behandelbaar te maken, waar het ten aanzien van psychosociale problemen in feite omdraait. Te denken valt aan: moeite hebben met het omgaan met de verliezen die de aandoening met zich meebrengt, relationele problemen, onzekerheid over hoe de ziekte te bespreken met jongere kinderen en wat dies meer zij.

Verschillen tussen mannen en vrouwen vormen een goed voorbeeld dat we, naast intrapsychische en interpersoonlijke aspecten, ook oog dienen te hebben voor sociaal-demografische kenmerken en de invloed er van op het adaptatieproces. Recentelijk vonden we bij een groep van meer dan 900 oudere echtparen (d.w.z. van 57 jaar en ouder), dat er duidelijke man-vrouw verschillen bestaan bij het omgaan met een ziekte. Voor vrouwen geldt dat, of ze nu zelf een chronische aandoening hebben, of hun partner, ze in beide gevallen meer psychische klachten vertonen dan vrouwen die niet in een dergelijke situatie verkeren. Bij mannen daarentegen vinden we hogere psychische klachten als ze zelf een chronische aandoening hadden in vergelijking met mannen zonder een aandoening en geen verschil met andere mannen als ze een partner hadden met een chronische aandoening. Verder hebben we gevonden dat vrouwen vaak meer psychisch klachten ervaren als gevolg van hun aandoening en konden we constateren - op basis van waarlijk prospectief onderzoek - dat onder vrouwen die een cardiaal incident ondergingen, een grotere toename in depressieve gevoelens optrad in vergelijking met mannen in dezelfde situatie.

Enigszins ter zijde, we waren benieuwd of een verklaring kon worden gevonden voor de man-vrouw verschillen in de rol van partner van een chronisch zieke. Interessant genoeg vonden we dat de verschillen tussen mannen en vrouwen met een zieke partner volledig verklaard konden worden door de competentie met betrekking tot het geven van steun aan de partner. Vrouwen die zich hoog competent achten voelden zich niet depressief, terwijl vrouwen die zich niet competent voelden hoge depressiescores vertoonden. Mannen met een lage competentiescore verschilden echter niet van mannen met een hoge competentiescore. Deze verschillen zullen ongetwijfeld weer hun effect hebben op de steun die de patiënt van de partner ontvangt.

Ziekte-specifiek en ziekte-generiek

Veel psychologische en sociale processen - in tegenstelling tot veel medisch-biologische processen - zijn niet aan een specifieke ziekte gekoppeld. We noemen dat dan ook wel ziekte-generiek; bijvoorbeeld het verwerken van verdriet omdat toekomstplannen, door de ziekte, niet meer realiseerbaar zijn. Daarnaast zijn er ziekte-specifieke aspecten; zowel directe gevolgen van de ziekte als behandelingsgerelateerde klachten. De gevolgen kunnen overigens ook op het psychische vlak liggen (bijvoorbeeld angst voor bewegen bij hartpatiënten of verminderde gevoelens van controle over het leven bij sommige aandoeningen) of sociaal van aard zijn (bijvoorbeeld niet uit eten kunnen gaan, een hobby niet meer kunnen uitoefenen of ervaren beperkingen door een sociaal stigma als gevolg van een duidelijke zichtbaarheid van de ziekte). Het is echter van belang dat bij de behandeling van chronisch zieken het onderscheid naar ziekte-specifiek en ziekte-generiek wordt gemaakt. Te snel en te gemakkelijk worden psychologische en sociale aspecten gekoppeld aan de specifieke ziekte, waardoor te veel nadruk wordt gelegd op het eigene van de ziekte en de invloed die dat zal hebben op de uitkomsten. Aan de andere kant moet er ook zeker weer wel rekening worden gehouden met ziekte-specifieke aspecten. Enerzijds vanwege de fysieke klachten en de meer medische behandelingsaspecten en anderzijds vanwege soms hele specifieke gevolgen of klachten die aandacht behoeven.

Conclusie

Met de opmerkingen in deze paragraaf wordt gestipuleerd dat de psychologische en sociale processen bij en de gevolgen van chronische aandoeningen, voor een deel los van ziekte-specifieke eigenschappen staan. Door een complex geheel aan factoren, samengebracht onder de term adaptatie en die op elkaar inwerken, wordt het aanpassen aan de ziekte en de fasen in de ontwikkeling van de ziekte, bepaald. Daarbij kunnen factoren als bijvoorbeeld man-vrouw verschillen en gepercipieerde controle wel eens krachtiger zijn in het bepalen van uitkomsten, dan ziekte gebonden variabelen. Ofwel, vaak dient er van te worden uitgegaan dat we niet van doen hebben met een chronisch zieke maar met een persoon met een chronisch ziekte, die veel meer is dan de chronische ziekte.

Over begeleiding

Ten behoeve van de begeleiding van chronisch zieken en de behandeling van allerlei gevolgen van chronische aandoeningen zijn allerlei ideeën ontwikkeld, richtlijnen opgesteld en protocollen opgezet. In feite zitten die op een continuüm van 'simpele' aandacht voor psychosociale problemen, psycho-educatie naar meer intensieve geïndividualiseerd begeleiding en psychotherapie. Met het oog op het behandelen van

ziekte-specifieke gevolgen en klachten zijn daarop toegesneden richtlijnen en protocollen zeer dienstig. Voorts is aandacht voor en kennis van ziekte-specifieke aspecten van belang met het oog op een goed contact met de patiënt en van belang voor de behandeling. Vooral voor psychologen is het van belang zich kennis eigen te maken omdat in het contact met patiënten het van belang is iets te begrijpen van de ziekte-specifieke klachten en de gevolgen van behandelingen. Van belang omdat patiënten zulke kennis op prijs stellen en van belang voor de behandeling.

Voor veel adaptatieproblemen worden wel vanuit ziekte-specifiek denken richtlijnen of protocollen ontwikkeld, maar lijkt het er op dat dat in de toekomst wel eens zou kunnen veranderen. Soms zijn man-vrouw verschillen, de psychologische 'make-up' (waaronder bijvoorbeeld een factor als gepercipieerde controle) van iemand of de leeftijd, relevantere dimensies met het oog op de behandeling van psychosociale problemen als gevolg van een chronische aandoening, dan kenmerken van de ziekte. Vervacht mag worden dat jongere vrouwelijke patiënten met kinderen met uiteenlopende aandoeningen bijvoorbeeld in het kader van groepstherapie meer hebben uit te wisselen ten aanzien van een hele reeks van thema's dan vrouwen - van jong tot oud - die allemaal reuma hebben.

Een belangrijk punt vormt de afstemming tussen huisarts en (eerstelijns)psycholoog. Gegeven de mogelijkheden ten aanzien van de meer psychologische behandeling c.q. begeleiding van patiënten met een somatische aandoening, verdient het aanbeveling dat huisartsen en - met name - eerstelijns psychologen een goede afstemmingsrelatie hebben. Van de huisarts wordt verwacht dat hij/zij de patiënt ook ten aanzien van psychosociale problemen zal begeleiden. Daar waar de ernst van die problematiek niet past bij de taak van de huisarts, de tijd om deze te behandelen tekort schiet, dan wel een heel specifiek protocol toegepast moet worden dat evident meer tot het terrein van de psycholoog behoort, is het logisch dat de huisarts doorverwijst. Gegeven de continue en langdurige zorg die de huisarts verleent aan de patiënt met een chronische aandoening is het vervolgens zeer wenselijk dat de psycholoog zorgt voor goede terugrapportage aan de huisarts over de behandeling en de resultaten. Dit is van belang op het niveau van de betrokken patiënt, maar draagt ook bij aan het zicht dat de huisarts kan krijgen op de mogelijkheden bij doorverwijzing en de effectiviteit van psychologische interventies.

Onderzoek dat onze onderzoeksgroep heeft uitgevoerd heeft aangetoond dat met psychologische interventies van niet meer dan 7 gesprekken, bij patiënten met verwerkingsproblemen ten aanzien van hun ziekte, bijzonder goede resultaten kunnen worden bereikt. Zo vonden we bij kankerpatiënten met een goede prognose een

duidelijke daling in depressieve gevoelens. In dit geheel dienen twee zaken bedacht te worden.

1. Er is aangegeven dat er sprake kan zijn van eerdere problematiek die zich kan mengen met de problematiek die een chronische aandoening kan meebrengen. We hebben echter kunnen constateren dat het heel goed mogelijk is vooral op de problemen als gevolg van de ziekte in te gaan, ook bij mensen met pre-morbide psychopathologie en dat die hulp dan goede resultaten op kan leveren zonder dat de meeromvattende en al eerder aanwezige problemen echt worden aangepakt.
2. Evenzeer als dat er sprake kan zijn van eerdere psychopathologie, zijn velen ook psychisch 'zeer gezond'. Dit houdt dan ook in dat patiënten vaak over adequate adaptatie mogelijkheden beschikken, maar dat ze die in de loop van het ziekteproces soms even 'kwijt' zijn. Dit is dan ook de reden dat niet zelden met simpele middelen veel resultaat kan worden bereikt.

Besluit

Niet beoogd is om een systematisch en uitputtend overzicht te geven met betrekking tot psychosociale aspecten in relatie tot chronische ziekte. Centraal heeft gestaan het erkennen van ziekte-specifieke en ziekte-generieke factoren en de rol van vele factoren in het adaptatieproces aan ziekte, waarbij het belang van ziektegerelateerde factoren niet te zeer op de voorgrond dient te staan. Mensen met een chronische aandoening hebben ook allerlei problemen die buiten de invloed van de ziekte staan en ze beschikken tevens over allerlei levensterreinen en activiteiten - die los van de ziekte staan - waarin ze zich zelf kunnen verwezenlijken. Dit laatste biedt ook ruime mogelijkheden om te compenseren. Tot slot, bij de begeleiding dient men natuurlijk oog te hebben voor ziekte-specifieke problemen; omdat daar in het algemeen het oog wel op valt wordt gepleit voor meer aandacht voor aanpassingsproblemen die met ziekte in het algemeen te maken hebben en niet zo zeer met een specifieke ziekte.

Dankbetuiging

Ik wil Adelita V. Ranchor bedanken voor haar opmerkingen ten behoeve van het schrijven van dit stuk.

LITERATUUR

- Fiedeldij Dop MIC, Verhaak PMF. Psychologen in de algemene gezondheidszorg. In: Kaptein AA, Garssen B, Dekker J, van Marwijk HWJ, Schreurs PJG, Beunderman R. Psychologie en geneeskunde. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, 2000.
- Jonker-Pool G, Heuvel F, Ranchor A V, Sanderman R. Handboek psychologische interventies bij mensen met een chronisch somatische aandoening. Van Gorcum, Assen, (2001 - in voorbereiding).